

Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung

(Tarifbezeichnungen: SBU; SBUJ, SBU+)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. Darin werden die vertragsrechtlichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung Ihrer Versicherung finden Sie in der Kundeninformation „Allgemeine Angaben über steuerliche Aspekte“.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Was ist der versicherte Beruf?
- § 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 8 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 9 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 10 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen oder kündigen?
- § 11 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
- § 12 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?
- § 13 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?
- § 14 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 15 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 16 Wann erhalten Sie Wiedereingliederungshilfe?
- § 17 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?
- § 18 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?
- § 19 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung beim Tarif SBU+?
- § 20 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?
- § 21 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 22 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 24 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
- § 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 26 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 27 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig (Leistungsstaffel I), erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus;
- b) volle Befreiung von der Beitragspflicht.

(2) Bei Vertragsabschluss kann anstelle der Leistungsstaffel I vereinbart werden, dass die Leistung wie folgt gestaffelt ist (Leistungsstaffel II):

Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente

- bei einer Berufsunfähigkeit von mindestens 75 % in voller Höhe
- bei einer Berufsunfähigkeit von mindestens 25 % entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit.

Die Beitragsbefreiung gewähren wir ab 25 % Berufsunfähigkeit.

(3) Haben Sie mit uns eine Berufsunfähigkeitsversicherung „BU Perfect Start“ (Tarif SBUJ) vereinbart, gilt Folgendes:

(a) Die bei Vertragsabschluss vereinbarte Versicherungsleistung bleibt während der ersten fünf Versicherungsjahre konstant. Zum 5., 6., 7., 8. und 9. Jahrestag des Versicherungsbeginns sinkt die Berufsunfähigkeitsrente bei gleich bleibendem Beitrag jeweils in dem im Versicherungsschein genannten Umfang, sofern nicht eine Erhöhung gemäß Buchstabe b erfolgt. Danach bleibt die Berufsunfähigkeitsrente für die verbleibende Versicherungsdauer konstant.

(b) Damit der Versicherungsschutz über die gesamte Versicherungsdauer in voller Höhe erhalten bleibt, wird die Berufsunfähigkeitsrente zu den in Buchstabe a genannten Zeitpunkten für alle Folgejahre ohne erneute Gesundheitsprüfung im Umfang der jeweiligen Reduzierung (Buchstabe a) erhöht. Der Beitrag steigt dadurch nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechend. Bei der Berechnung der Erhöhungen finden die bei Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen Anwendung. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung.

(c) Die jeweilige Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Unterbliebene Erhöhungen können nur bis zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns nachgeholt werden.

(d) Die Reduzierung der Berufsunfähigkeitsrente wirkt sich auf bestehende Leistungsansprüche nicht aus. Eine Erhöhung des Beitrags und der Berufsunfähigkeitsrente gemäß Buchstabe b erfolgt nicht, solange ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht.

(e) Sofern der Anspruch auf Versicherungsleistung erlischt, weil der Grad der Berufsunfähigkeit sinkt (Absatz 8), werden die gemäß Buchstabe d unterbliebenen Erhöhungen nachgeholt. Buchstabe c gilt entsprechend.

(4) Haben Sie mit uns eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Pflege-Schutzbrief „BU PLUS“ (Tarif SBU+) vereinbart, so erbringen wir eine zusätzliche lebenslange Pflegerente in gleicher Höhe wie die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 2 Abs. 8 wird.

(5) Bei einem Grad der Berufsunfähigkeit von unter 50 % (Leistungsstaffel I) bzw. 25 % (Leistungsstaffel II) besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

(6) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung. Diese Regelung gilt sinngemäß für eine Anhebung unserer Leistungen wegen Erhöhung des Grades der Berufsunfähigkeit, falls die vereinbarte Leistungsstaffel dies vorsieht, sowie für die zusätzliche Rentenleistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 4.

(7) Ihre Anspruchstellung sollte unverzüglich erfolgen, wenn die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Auch bei späterer Anzeige leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Rentenleistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 4.

(8) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt,

- wenn die versicherte Person stirbt,
- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer,
- wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % (Leistungsstaffel I) bzw. unter 25 % (Leistungsstaffel II) sinkt.

Bei Leistungsstaffel II sinkt der Anspruch auf Rente entsprechend Absatz 2, wenn sich der Grad der Berufsunfähigkeit mindert und dann unter 75 % liegt.

Der Anspruch auf die zusätzliche Rentenleistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 4 erlischt,

- wenn die versicherte Person stirbt,
- wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 8 mehr vorliegt.

Stirbt die versicherte Person oder erlebt sie den Ablauf der Versicherungsdauer ohne berufsunfähig geworden zu sein, wird - ggf. bis auf die Auszahlung der angesammelten Überschüsse gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 oder 4 - keine Versicherungsleistung fällig.

(9) Wenn Sie Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung beantragen, haben Sie das Recht, bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht die zinslose Stundung der Beiträge zu verlangen. Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind die gestundeten Beiträge unverzinst nachzuzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 24 Monatsraten nachentrichten. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen. Bei festgestellter Leistungspflicht zahlen wir die über den Monat des Eintritts der Berufsunfähigkeit hinaus gezahlten Beiträge verzinst mit jährlich 1,75 % zurück.

(10) Falls die Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinausgeht, können Ansprüche, die durch den Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden.

Entsprechendes gilt für die zusätzliche Rentenleistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 4.

(11) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, um den vereinbarten Prozentsatz.

(12) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit für die Berufsunfähigkeitsrente entsteht Ihr Anspruch auf Rente zum Ablauf der Karenzzeit, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Karenzzeit gilt nicht für die Beitragsbefreiung und die zusätzliche Rentenleistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 4.

(13) Ist eine Karenzzeit vereinbart und entsteht erneut ein Anspruch auf die vereinbarte Rentenleistung aus dem gleichen medizinischen Grund, aufgrund dessen bereits Leistungen gewährt wurden, setzt dies keine neue Karenzzeit in Gang.

(14) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 4).

(15) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate nicht mehr ausüben kann.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens 6 Monate erfüllt sind.

(3) Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls vollständig oder teilweise außerstande gewesen, ihren versicherten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben, gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die entsprechend ihren Kenntnissen, Fähigkeiten und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt werden kann und die wirtschaftlich und in ihrer gesellschaftlichen Wertschätzung der Lebensstellung entspricht, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat (konkrete Verweisung).

Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalles auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübten Beruf begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 %.

(5) Bei einem Selbstständigen liegt Berufsunfähigkeit nicht vor, wenn er nach wirtschaftlich und betrieblich angemessener Umorganisation innerhalb seines Betriebes weiter

tätig sein könnte. Die im Rahmen der Umorganisation ausübbarer Tätigkeit muss entsprechend den Kenntnissen, Fähigkeiten und der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher Hinsicht sowie in ihrer gesellschaftlichen Wertschätzung entsprechen.

Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalles nach den Maßstäben höchstrichterlicher Rechtsprechung bestimmt. Eine Einkommenseinbuße von 20 % und mehr bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen der letzten 3 Jahre aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar.

(6) In den letzten zehn Jahren der Versicherungsdauer betrachten wir die vollständige Berufsunfähigkeit auch als gegeben, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente aus medizinischen Gründen gewährt.

Darüber hinaus bewirkt der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers noch keinen Leistungsanspruch.

(7) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die zuständige Behörde gegenüber der versicherten Person wegen einer Infektion oder wegen einer Fremdgefährdung aufgrund einer Infektion ein vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausspricht. Das Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten erstrecken. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend.

(8) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate so hilflos ist, dass sie für drei oder mehr der folgenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt (Pflegebedürftigkeit).

Mobilität

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

Körperpflege

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

Baden und Duschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil

- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

(9) Bei der Frage nach der Berufsunfähigkeit bleiben vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Was ist der versicherte Beruf?

(1) Als versicherter Beruf im Sinne von § 2 Abs. 1 gilt die berufliche Tätigkeit, die zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübt wurde.

(2) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, gilt die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als versichert.

(3) Wenn die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung als Hausfrau bzw. Hausmann tätig war, ist ihre hauswirtschaftliche Tätigkeit versichert. Nimmt sie später eine Berufstätigkeit auf, ist entsprechend Absatz 1 von diesem Zeitpunkt an der ausgeübte Beruf versichert; Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Wenn die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung Student an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule ist, dann gilt bis zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als versicherter Beruf der bei Antragstellung angegebene, angestrebte Beruf. Satz 1 gilt entsprechend, wenn sich die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung in einer Berufsausbildung befindet.

(5) Sie müssen uns einen Wechsel oder ein Ende der beruflichen Tätigkeit nicht anzeigen.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließ-

lich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung); aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

(b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden (vgl. § 10 Abs. 6). Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, fließt ein Teil davon den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Abs. 3 VVG nach dem in Abs. 2 Buchst. c beschriebenen Verfahren zu. Die Bewertungsreserven werden jährlich im Geschäftsbericht ausgewiesen, unterjährig aktualisiert und am Monatsanfang zur Verteilung festgelegt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Überschussanteilsätze werden jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröf-

fentlichen sie in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteilsätze und für die Beteiligung an den Bewertungsreserven werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelt. Die dafür geltenden Rechnungsgrundlagen liegen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) vor.

(b) Überschusszuteilung und Überschussverwendung vor Eintritt des Versicherungsfalles

Die Überschussanteile können je nach Vereinbarung insbesondere wie folgt alternativ verwendet werden:

1. Als Rabatt auf den fälligen Beitrag.
2. Als zusätzliche Versicherungsleistung (Bonusrente). Diese wird gleichzeitig mit der vereinbarten Versicherungsleistung fällig; sie ist während des Rentenbezugs der Höhe nach garantiert und wie die vereinbarte Rente am Überschuss (siehe Buchstabe d) beteiligt.
3. Sie können verzinslich angesammelt werden.
4. Sie können zum Kauf von Fondsanteilen verwendet und als Fondsvermögen geführt werden (Fondsansammlung).

Bei beitragsfreien Versicherungen werden die laufenden Überschussanteile stets für eine Bonusrente verwendet.

Bei der verzinslichen Ansammlung bzw. der Fondsansammlung erfolgt die Überschusszuteilung zum Ende eines jeden Versicherungsjahres. Das angesammelte Guthaben bzw. der Geldwert des Fondsvermögens wird mit der ersten Rentenzahlung, spätestens bei Beendigung der Versicherung (Ablauf, Kündigung, Tod der versicherten Person) ausgezahlt.

Wir werden Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung informieren, sobald sich der Wert der bereits zugeteilten Überschussanteile geändert hat.

(c) Beteiligung an den Bewertungsreserven

Für Ihren Vertrag wird eine Bemessungsgröße berechnet, die widerspiegelt in welchem Umfang Ihr Vertrag zur Bildung der Bewertungsreserven beigetragen hat. Ihrem Vertrag wird rechnerisch der Anteil der Bewertungsreserven zugeordnet, der dem Anteil seiner Bemessungsgröße an der Summe der Bemessungsgrößen aller anspruchsberechtigten Verträge entspricht. Bei Beendigung der Versicherung, spätestens zum Rentenbeginn, wird Ihrem Vertrag die Hälfte dieses Betrags zugeteilt; auf die andere Hälfte haben Sie keinen Anspruch. Der Zuteilungsbetrag wird bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt bzw. bei Rentenbeginn wie laufende Überschüsse verwendet.

Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen.

Da die Bewertungsreserven auch kurzfristig starken Schwankungen bis hin zur vollständigen Auflösung unterliegen können, ist eine Prognose der Höhe der Zuteilung aus den Bewertungsreserven nicht möglich.

(d) Form und Verwendung der Überschussanteile während des Rentenbezugs

Berufsunfähigkeits-Versicherungen im Rentenbezug erhalten nach mindestens einjähriger Zahlungsdauer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile. Diese werden für beitragsfreie Zusatzrenten verwendet und erhöhen so die vereinbarte Rente.

(3) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sowie die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrags (siehe § 8 Abs. 2 und § 9 Abs. 2).

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit gekommen ist.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Ansprüche unmittelbar oder mittelbar verursacht sind:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person (Vergehen im Straßenverkehr sind von diesem Ausschluss nicht betroffen, soweit die versicherte Person nicht aufgrund einer Blutalkoholkonzentration von mehr als 1,1 Promille oder infolge des Genusses von Rauschmitteln fahruntüchtig war);
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch Kriegsereignisse (diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig oder pflegebedürftig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war);
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder von mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern mit dem Einsatz oder der Freisetzung eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen

darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Festlegung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich waren. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 10 Abs. 3 - 5).

Rückwirkende Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungs-

schutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

(12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kennen.

(13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Wurde die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(16) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.

(17) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 8 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Sofern Sie aufgrund länger anhaltender Zahlungsschwierigkeiten Beiträge zu Ihrer Versicherung nicht mehr zahlen können und der Versicherungsschutz aus dem Vertrag noch unverändert besteht, haben Sie neben der Kündigung oder Beitragsfreistellung folgende Möglichkeiten:

- Sie können für maximal ein Jahr die Aussetzung der Beitragszahlung unter Wegfall des Versicherungsschutzes vereinbaren. Nach Ablauf der Aussetzungsfrist leben die Beitragszahlungspflicht und der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder auf. Aufgrund des dann höheren Alters ist nach der Aussetzungsfrist in der Regel ein höherer Beitrag zu zahlen.
- Sie können mit uns schriftlich vereinbaren, dass die Beiträge unter Beibehaltung des Versicherungsschutzes für maximal 6 Monate ganz oder teilweise gestundet werden. Voraussetzung ist, dass der Vertrag mindestens seit einem Jahr besteht bzw. seit der letzten Stundung mindestens ein Jahr vergangen ist und kein Beitragsrückstand besteht. Für die Stundung der Beiträge erheben wir Zinsen. Eine Beitragsstundung im letzten Versicherungsjahr ist ausgeschlossen. Insgesamt ist eine Stundung der Beiträge während der gesamten Vertragsdauer nur bis zu 24 Monaten möglich. Nach Ablauf des Stundungszeitraums sind die gestundeten Beiträge und ggf. nicht gezahlten Stundungszinsen in einem Betrag oder auf Wunsch in bis zu sechs Monatsraten nachzuzahlen. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.
- Bei Vereinbarung des Überschussystems verzinsliche Ansammlung oder Fondsansammlung (siehe § 4 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 und 4) können Sie einen Antrag auf Verrechnung der fälligen Beiträge mit dem vorhandenen Überschussguthaben bzw. Fondsguthaben stellen. Der Antrag kann frühestens drei Jahre nach Vertragsbeginn gestellt werden und zu diesem Zeitpunkt muss das vorhandene Überschussguthaben mindestens das 1,5-fache eines Jahresbeitrags betragen. Nach Prüfung Ihres Antrags erhalten Sie von uns eine Mitteilung, ob und in welcher Form wir Ihrem Antrag entsprechen können. Während der Beitragsaussetzung bleibt der Versicherungsschutz in vollem Umfang bestehen; evtl. vereinbar-

te planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistung finden nicht statt.

(6) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§ 9 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

(2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder nicht eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 10 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen oder kündigen?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung schriftlich kündigen

- mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode,
- bei beitragsfreien Versicherungen zu jedem Monatsende,

frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

(2) Mit Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Rentenleistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. 4.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(3) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Sofern aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung Kapital zur Verfügung steht, ziehen wir davon evtl. rückständige Beiträge ab und vermindern es um einen Stornoabzug in Höhe von 8 % der vereinbarten, jährlichen Rente.

Verbleibt ein Restbetrag, bilden wir daraus nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik eine beitragsfreie Rente, sofern der Mindestbetrag gemäß Absatz 5

erreicht wird. Abweichend von § 1 Abs. 3 Buchst. a bleibt die beitragsfreie Rente beim Tarif SBUJ konstant; entsprechend entfallen die Anpassungen gemäß § 1 Abs. 3 Buchst. b.

Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt bzw. vermindert sich der Abzug.

(4) Beim Tarif SBU+ vermindert sich bei Beitragsfreistellung die zusätzliche Pflögerente (§ 1 Abs. 4) im gleichen Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente. Außerdem erlischt mit der Beitragsfreistellung das Recht, eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (§ 19 Abs. 1) abzuschließen.

(5) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 3 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 25 Euro monatlich nicht, wird der gemäß Absatz 3 Satz 3 verbleibende Restbetrag ausgezahlt und die Versicherung erlischt.

Wichtiger Hinweis zur Höhe der beitragsfreien Rente

(6) Bei Berufsunfähigkeitstarifen ist keine oder eine - gemessen an der vereinbarten Versicherungsleistung - geringe beitragsfreie Versicherungsleistung vorhanden. Dies hat drei Gründe:

1. Eine Berufsunfähigkeitsversicherung bezweckt nicht die Bildung eines bestimmten Kapitals, das bei Ablauf der Versicherungsdauer ausgezahlt wird. Wir verwenden Ihre Beiträge nur zur Deckung der Leistungen im Versicherungsfall (Risikobeitrag) und der Abschluss- und Verwaltungskosten. Beim Tarif SBU+ benötigen wir außerdem einen Teil Ihrer Beiträge als Optionsbeitrag für Ihr Recht auf eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung gemäß § 19.

Der Risikobeitrag ist aufgrund des steigenden Alters der versicherten Person zu Vertragsbeginn geringer als in den letzten Vertragsjahren. Wir haben die Beiträge so kalkuliert, dass sie während der gesamten Beitragszahlungsdauer konstant bleiben. Daher werden sie zu Beginn nicht vollständig durch den Risiko- und Verwaltungskostenanteil sowie den Optionsanteil beim Tarif SBU+ aufgebraucht. Der verbleibende Beitragsteil wird zunächst für die Tilgung der Abschlusskosten verwendet und danach angespart.

Dieses angesparte Kapital wird zur Deckung der höheren Risikobeiträge am Ende der Vertragslaufzeit verwendet. Ihr Beitrag ist so bemessen, dass bei Vertragsablauf die angesparten Beitragsteile vollständig aufgebraucht sind.

Zur Bildung von beitragsfreien Leistungen steht nur dieses zwischenzeitlich angesparte Kapital zur Verfügung.

2. Die mit dem Abschluss Ihrer Versicherung entstehenden Kosten werden pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt. Ein Teil dieser Kosten wird gemäß § 11 Abs. 2 zunächst getilgt, bevor Beitragsteile angespart werden, die gemäß Ziffer 1 für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehen. Diese Kosten werden Ihnen bei Beitragsfreistellung auch nicht anteilig erstattet.

Da zur Tilgung der Abschlusskosten nur ein kleiner Teil Ihrer Beiträge zur Verfügung steht, streckt sich die Tilgung je nach Vertragskonstellation über mehrere Jahre

und in Extremfällen über die gesamte Beitragszahlungsdauer.

3. Sofern während der Vertragslaufzeit Kapital gemäß Ziffer 1 und 2 angespart wurde und zur Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung steht, kann dieses durch den in Absatz 3 beschriebenen Stornoabzug vollständig oder zum größten Teil aufgebraucht werden.

Eine Beitragsfreistellung ist daher in der Regel mit dem Verlust oder einer erheblichen Verminderung Ihres Versicherungsschutzes verbunden. Eine spätere Wiederherstellung des Versicherungsschutzes erfordert den Abschluss eines neuen Vertrags. Aufgrund des dann höheren Alters und evtl. schlechteren Gesundheitszustandes der versicherten Person ist dies evtl. nur zu deutlich höheren Beiträgen oder gar nicht mehr möglich.

Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Versicherungsleistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

- (7) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Rentenleistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. 4.

Herabsetzung des Beitrags

(8) Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Dabei gelten die in Absatz 1 genannten Termine und Fristen.

(9) Im Falle einer Reduzierung der Beiträge wird die Berufsunfähigkeitsrente herabgesetzt. Ihre Höhe wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Herabsetzung des Beitrags ist nur möglich, wenn

- die verbleibende Berufsunfähigkeitsrente 50 Euro monatlich nicht unterschreitet und
- der verbleibende Jahresbeitrag 150 Euro nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

(10) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 11 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten (im Wesentlichen Vertriebsprovisionen, Beratungskosten, Aufwendungen für Gesundheitsauskünfte oder die Ausstellung des Versicherungsscheins). Diese Abschlusskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i. V. m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstel-

lungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

(4) Das beschriebene Verrechnungsverfahren trägt mit dazu bei, dass in der Regel keine beitragsfreie Versicherungsleistung vorhanden ist. Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Versicherungsleistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Weitere Informationen zu den beitragsfreien Versicherungsleistungen finden Sie in § 10 Abs. 6.

§ 12 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder die Art und den Umfang einer Pflegebedürftigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

(2) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen auch über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor oder nach Ihrer Vertragserklärung.

In diesem Fall übernehmen wir alle Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen (z. B. Untersuchungs-, Reise- und Unterbringungskosten).

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege - auch vor Ihrer Vertragserklärung - war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Die in Absatz 2 genannten Untersuchungen und Nachweise können zur Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten führen. Wir werden Sie vor einer solchen Erhebung unterrichten. Sie haben das Recht, dieser Erhebung zu widersprechen. Ihr Widerspruch kann dazu führen, dass Sie Ihre Mitwirkungspflicht verletzen (§ 17) oder uns nicht alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen vorliegen (§ 14 Abs. 1).

(4) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung

der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen. Sie ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. Suchtentzug, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

- (5) Die Absätze 1 bis 4 gelten sinngemäß,
- wenn eine von der Leistungsstaffel I abweichende Staffelregelung (§ 1 Abs. 2) vereinbart ist und eine Anhebung unserer Leistungen wegen einer Erhöhung des Grades der Berufsunfähigkeit verlangt wird oder
 - wenn beim Tarif SBU+ die zusätzliche Leistung wegen Pflegebedürftigkeit (§ 1 Abs. 4) verlangt wird.

§ 13 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wir unterstützen und beraten Sie im Leistungsfall. Insbesondere bei Fragen

- zur Beantragung von Versicherungsleistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum Umfang der Versicherungsleistung,
- zum Nachweis der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit,
- zu den beizubringenden Unterlagen,
- zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit sowie
- zur betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen

stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung. Darüber hinaus erhalten Sie die nötigen Formulare zur Beantragung von Versicherungsleistungen.

§ 14 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 3 Wochen in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen unverzüglich anfordern.

(2) Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Nur in begründeten Einzelfällen können wir jedoch einmalig und maximal für die Dauer von 12 Monaten ein zeitlich befristetes Anerkenntnis aussprechen. Ein solcher Fall kann insbesondere vorliegen, wenn aus medizinischen oder betrieblichen Gründen ein Ende der Berufsunfähigkeit abzusehen ist oder die vorliegenden Befunde noch nicht ausreichen, um ein unbefristetes Anerkenntnis auszusprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.

(3) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, hat er die Möglichkeit, dagegen rechtlich vorzugehen. Beachten Sie bitte hierbei wie bei allen Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, dass diese in drei Jahren verjähren. Es gelten die zivilrechtlichen Verjährungsregeln der §§ 194ff des Bürgerlichen Gesetzbuches.

§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen und den Grad der Berufsunfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen; dies gilt nicht für zeitlich begrenzte Anerkenntnisse.

Dabei gilt als versicherter Beruf neben einer Tätigkeit gemäß § 3 auch eine inzwischen aufgenommene Tätigkeit, die aufgrund neu erworbener beruflicher Fähigkeiten ausgeübt wird, sofern sie weiterhin der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende unabhängige Ärzte verlangen. § 12 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Die Aufnahme bzw. Änderung einer beruflichen Tätigkeit (hierzu zählt auch eine Änderung des zeitlichen Umfangs der beruflichen Tätigkeit) während der Zeit festgestellter Berufsunfähigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad vermindert, endet oder mindert sich unsere Leistungsverpflichtung gemäß der vereinbarten Leistungsstaffel; entsprechend kann Ihre Beitragszahlungspflicht wieder beginnen (siehe § 1 Abs. 8).

Beim Tarif SBU+ endet unsere Leistungsverpflichtung für die zusätzliche Rentenleistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. 4, wenn die Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 Abs. 8 weggefallen ist.

Die Einstellung oder Minderung unserer Leistungen und den Wiederbeginn der Beitragszahlungspflicht legen wir Ihnen in Textform dar und teilen sie dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung oder Minderung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss ggf. auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 16 Wann erhalten Sie Wiedereingliederungshilfe?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 aufgrund neu erworbener beruflicher Fähigkeiten wieder eine Tätigkeit ausübt, gewähren wir als besondere Wiedereingliederungshilfe eine Einmalzahlung in Höhe von sechs Monatsrenten, höchstens 6.000 Euro. Eine Wiedereingliederungshilfe kann unter den Voraussetzungen des Satzes 1 während der Vertragslaufzeit auch mehrfach in Anspruch genommen werden.

(2) Die Wiedereingliederungshilfe rechnen wir bei einem Wiedereintritt der Berufsunfähigkeit aus gleichem medizinischen Grund innerhalb von sechs Monaten auf neu entstehende Rentenansprüche an.

§ 17 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht im Anspruchsfall (§ 12) oder bei Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (§ 15) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns

nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 18 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?

(1) Sie haben das Recht, die Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente während der Beitragszahlungsdauer zu bestimmten Zeitpunkten unter den nachfolgend genannten Bedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

Diese Erhöhung kann vorgenommen werden bei

- Heirat der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- Scheidung der versicherten Person,
- Tod des Ehegatten der versicherten Person,
- Wechsel der versicherten Person in die volle berufliche Selbstständigkeit,
- Ausscheiden aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Handwerker bei Erfüllung der Mindestpflichtversicherungszeit),
- erstmaliger Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Reduzierung oder Wegfall der Absicherung gegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person aus einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist,
- Erwerb und Finanzierung einer selbstbewohnten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 100.000 Euro,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person von mindestens 10 % (Karrieresprung z. B. Beförderung, Gehaltserhöhung durch Wechsel des Arbeitgebers),
- Abschluss einer Berufsausbildung (einschließlich Studium) oder
- Abschluss einer beruflichen Qualifikation (z. B. Meisterbrief, Promotion).

(2) Sie müssen dieses Recht innerhalb von sechs Monaten seit Eintritt des Ereignisses ausüben.

(3) Diese Nachversicherungsgarantie besteht nur, wenn noch keine Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beantragt wurden und noch keine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Sie erlischt 20 Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der Rentenleistungsdauer, jedoch nicht bevor die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat und nicht innerhalb von fünf Jahren nach Versicherungsbeginn.

(4) Für die Erhöhung gemäß Absatz 1 gelten folgende Obergrenzen:

- Durch die Erhöhung darf die insgesamt bei uns versicherte Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente 2.000 Euro monatlich nicht übersteigen,

- die gesamte Anwartschaft auf Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater und betrieblicher Anwartschaften darf nach der Erhöhung nicht mehr als 85 % (für Beamte nicht mehr als 25 %) des Nettoeinkommens betragen,
- für jedes Ereignis gemäß Absatz 1 darf die Erhöhung für alle bei uns bestehenden Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen in der Summe 500 Euro Monatsrente nicht überschreiten.

(5) Bei Vereinbarung der Individuellen Nachversicherungsgarantie haben Sie innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre die Möglichkeit, die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente entsprechend der Einkommensentwicklung der versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung bis auf den vereinbarten Betrag anzuheben. Die neue Berufsunfähigkeitsrente muss dabei mindestens um 50 Euro höher als die vor der Erhöhung vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente sein. Die gesamte Anwartschaft auf Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater und betrieblicher Anwartschaften darf nach der Erhöhung nicht mehr als 85 % (für Beamte nicht mehr als 25 %) des Nettoeinkommens betragen. Weitere Voraussetzung ist, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person beantragt worden sind. Zur Ausübung der Individuellen Nachversicherungsgarantie sind uns aktuelle Einkommensbestätigungen sowie eine Erklärung, dass die bei Antragstellung angegebene Tätigkeit weiterhin in gleicher Weise ausgeübt wird, einzureichen.

(6) Für die Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantien gemäß den Absätzen 1 und 5 gelten die zum Nachversicherungszeitpunkt gültigen Tarife und Versicherungsbedingungen. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

(7) Sofern die Überschüsse für eine Bonusrente verwendet werden und diese Bonusrente durch eine Verminderung der Überschussanteile sinkt, haben Sie das Recht die Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zu der vor der Überschusssenkung gültigen Höhe aufzustocken, sofern noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt wurden.

(8) Wir können für das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen aus Absatz 1 und für die Einhaltung der Obergrenzen aus Absatz 4 und 5 geeignete Nachweise verlangen.

(9) Beim Tarif SBU+ erhöht sich die zusätzliche Pflegerente (§ 1 Abs. 4) im gleichen Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente.

§ 19 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung beim Tarif SBU+?

(1) Sofern zum Ablauf der Versicherungsdauer keine zusätzliche Rentenleistung gemäß § 1 Abs. 4 erbracht wird und die Berufsunfähigkeits-Versicherung weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt wurde, haben Sie das Recht, für die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt eine Anschluss-Pflegeversicherung abzuschließen. Dieses Recht haben Sie auch, sofern Sie gem. § 1 Abs. 1 Buchstabe b) von der Beitragszahlungspflicht befreit sind.

(2) Sie können dieses Recht nur innerhalb von drei Monaten vor Ablauf der Versicherungsdauer ausüben.

(3) Die Höhe der Pflegerente für die Anschlussversicherung können Sie bestimmen. Der dafür zu zahlende Beitrag wird

entsprechend dem dann gültigen Tarif für Anschluss-Pflegeversicherungen der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und der Risikoeinstufung der versicherten Person bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) berechnet. Obergrenze ist die zuletzt im Rahmen dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung vereinbarte Rentenhöhe, maximal aber 2.000 Euro. Versicherungsbeginn ist der Ablauf der Berufsunfähigkeits-Versicherung. Es erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.

(4) Wird die versicherte Person während der Dauer der Anschluss-Pflegeversicherung pflegebedürftig gemäß § 2 Abs. 8, werden aus der Anschluss-Pflegeversicherung folgende Leistungen erbracht:

- a) Volle oder teilweise Zahlung der vereinbarten Pflegerente abhängig von der Anzahl der in § 2 Abs. 8 genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, bei denen die versicherte Person täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt:
- Hilfebedarf bei allen 6 Verrichtungen: volle Rentenhöhe,
 - Hilfebedarf bei 4 oder 5 Verrichtungen: 75 % der vollen Rentenhöhe,
 - Hilfebedarf bei 3 Verrichtungen: 50 % der vollen Rentenhöhe,

Außerdem ist eine Zahlung in Höhe von 100 % der vollen Rentenhöhe bei Autonomieverlust infolge Demenz vorgesehen. Dieser liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens vier der in § 2 Abs. 8 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz gelten „mittelschwere Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

- b) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei Hilfebedarf bei drei oder mehr Verrichtungen oder Autonomieverlust infolge Demenz.

Sie können alternativ eine Anschluss-Pflegeversicherung mit geringeren Versicherungsleistungen vereinbaren, sofern wir einen entsprechenden Anschluss-Tarif anbieten.

(5) Die Berufsunfähigkeits-Versicherung setzt sich automatisch als Anschluss-Pflegeversicherung mit den in Absatz 4 genannten Leistungen fort, sofern sie zum Ende der Versicherungsdauer beitragspflichtig ist. Sie erhalten drei Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung einen Versicherungsschein, in dem wir Sie über den genauen Inhalt der Anschluss-Pflegeversicherung informieren. Ferner werden wir Ihnen die für die Anschluss-Pflegeversicherung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Produktinformationen zusenden.

Im Rahmen der automatischen Fortsetzung wird die Höhe der Pflegerente so berechnet, dass der Beitrag dem zuletzt für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vereinbarten Beitrag entspricht, sofern dies im Rahmen der versicherbaren Höchstrente (vgl. Absatz 3) möglich ist. Die Pflegerente wird in der Regel niedriger sein, als die zuvor vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente. Bis zum Ende des dritten Monats

nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung können Sie den Versicherungsschutz bis zu der in Absatz 3 genannten Rente - ebenfalls ohne erneute Gesundheitsprüfung - erhöhen.

Sie haben die Möglichkeit, einer Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Anschluss-Pflegeversicherung innerhalb von vier Wochen nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung zu widersprechen.

§ 20 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?

(1) Wir sind nach § 163 VVG zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Ziffern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(2) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Prämie nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

(3) Bei beitragsfreien Versicherungen - aber nur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - sind wir entsprechend den Voraussetzungen des Absatzes 1 dazu berechtigt, die Versicherungsleistung zu senken. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, die Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine Zuzahlung auf den Wert vor der Anpassung anzuheben.

(4) Wir werden Ihnen die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Versicherungsleistung mitteilen und dabei die maßgeblichen Gründe für die Änderung darstellen. Zu Beginn des zweiten, auf die Mitteilung folgenden Monats werden die Änderungen wirksam.

(5) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(6) Die neue Regelung nach Absatz 5 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

§ 21 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

(2) In den Fällen des § 22 Abs. 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 22 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

(2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Wir werden Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

(4) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 24 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins,
- Fristsetzung in Textform bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Verzug mit Beiträgen,
- Rückläufern im Lastschriftverfahren,
- Durchführung von Vertragsänderungen, soweit nicht vertraglich vereinbarte Optionen ausgeübt werden,
- Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen,
- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 23 Abs. 1).

(2) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt bzw. vermindert sich der Abgeltungsbetrag.

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

(1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(2) Für das Vertragsverhältnis gilt auch die Satzung der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G.; diese senden wir Ihnen auf Wunsch kostenfrei zu.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 27 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags - gleich aus welchem Grund - unwirksam sein oder werden, berührt dies die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht.

Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Nach welchem Maßstab erfolgen die planmäßigen Erhöhungen der Beiträge und Versicherungsleistungen?
- § 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?
- § 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen und Beiträge?
- § 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?
- § 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgen die planmäßigen Erhöhungen der Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Bei Vereinbarung von planmäßigen Erhöhungen von Beitrag und Leistung erhöhen sich die Beiträge und die Leistungen für Ihre Versicherung, ohne dass eine neue Gesundheitsprüfung erfolgt. Die Erhöhungen werden auch dann durchgeführt, wenn aufgrund des Gesundheitszustands der versicherten Person der Neuabschluss einer entsprechenden Versicherung nicht oder nur zu ungünstigeren Bedingungen möglich wäre.

(2) Die Beiträge und Leistungen erhöhen sich entsprechend der Art der für die Hauptversicherung vereinbarten planmäßigen Erhöhung wie folgt:

1. Dynamikform P (planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung der Erlebens- und der Todesfalleistung).
Der Beitrag für die Hauptversicherung erhöht sich wie vereinbart (siehe Absatz 4). Daraus errechnet sich die Erhöhung der Leistung aus der Hauptversicherung (siehe § 3); sofern die Hauptversicherung für den Todesfall die Zahlung einer festen Summe vorsieht, erhöht sich diese im gleichen Verhältnis wie die Erlebensfalleistung. Gleiches gilt für die Leistung aus einer ggf. eingeschlossenen Unfalltod- oder Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung. Andere Zusatzversicherungen werden nur insoweit erhöht, als ggf. enthaltene Beitragsbefreiungsleistungen an den gestiegenen Beitrag der Hauptversicherung angepasst werden.
2. Dynamikform Z (planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur vorrangigen Erhöhung der Erlebensfalleistung).
Der Beitrag für die Hauptversicherung erhöht sich wie vereinbart (siehe Absatz 4). Daraus errechnet sich die Erhöhung der Leistung aus der Hauptversicherung (siehe § 3); für den Todesfall eingeschlossene Leistungen werden dabei nicht oder nur soweit nötig erhöht.

Zusatzversicherungen werden nur insoweit erhöht, als ggf. enthaltene Beitragsbefreiungsleistungen an den gestiegenen Beitrag der Hauptversicherung angepasst werden.

Im Gegensatz zur Dynamikform P führt diese Dynamikform bei gleicher Beitragssteigerung zu einer etwas stärkeren Erhöhung der Erlebensfalleistung.

3. Dynamikform I (planmäßige Erhöhung
 - der BU/EU-Leistung bei den Tarifen SBU, SEU, STBU und SUEU bzw.
 - der Pflegerente bei Tarif SPV bzw.
 - der Hinterbliebenenrente bei den Tarifen NLR und NLRV)

Die Leistung der Hauptversicherung erhöht sich wie vereinbart (siehe Absatz 4). Daraus errechnet sich die Erhöhung des Beitrags (siehe § 3).

Zusatzversicherungen werden nur insoweit erhöht, als ggf. enthaltene Beitragsbefreiungsleistungen an den gestiegenen Beitrag der Hauptversicherung angepasst werden.

(3) Unabhängig von der für die Hauptversicherung vereinbarten Dynamikform kann für eine evtl. eingeschlossene Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder eine Pflegerenten-Zusatzversicherung die Dynamikform I vereinbart sein.

(4) Bei den Dynamikformen P und Z erhöht sich der Beitrag im gleichen Verhältnis wie die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (allgemeine Rentenversicherung, alte Bundesländer). Alternativ kann ein fester Erhöhungssatz vereinbart sein. Die Mindestserhöhung beträgt in beiden Fällen 18 Euro pro Jahr.

Bei der Dynamikform I erhöhen sich die Leistungen im gleichen Verhältnis wie der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Verbraucherpreisindex für Deutschland, mindestens aber um 2,5 %.

(5) Es finden keine Erhöhungen mehr statt, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person - bei Versicherung mehrerer Personen die älteste versicherte Person - hat im vorangehenden Kalenderjahr das 67. Lebensjahr vollendet.
- Bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer oder - sofern vereinbart - bis zum Beginn der Optionsphase verbleibt weniger als ein Jahr; während der Optionsphase finden ebenfalls keine Erhöhungen statt.

Aufbauphase

(6) Bei Vereinbarung einer Aufbauphase werden für die Versicherungsleistungen Zielwerte und ein Zeitraum vereinbart, in dem die Versicherungsleistungen in gleichen Schritten im Rahmen der planmäßigen Erhöhungen auf diese Zielwerte angehoben werden. Ausgehend von diesen Leistungserhöhungen erhöhen sich jeweils die Beiträge (siehe § 3).